

ACADEMIE DE PARIS

FACULTE DE MEDECINE COCHIN PORT ROYAL

Année 1971

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

DAVID RIVKINE

né le 16 mai 1943 à Lyon (France)

Interne des Hôpitaux de Paris

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : 28 AVRIL 1971

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU
FACTEUR PSYCHOSOMATIQUE
DANS LES
RECTOCOLITES ULCERO HEMORRAGIQUES ET PURULENTES

Président : Mr. Marcel ROUX Professeur

ACADEMIE DE PARIS
FACULTE DE MEDECINE COCHIN PORT ROYAL

Année 1971

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

DAVID RIVKINE

né le 16 mai 1943 à Lyon (France)

Interne des Hôpitaux de Paris

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : 28 AVRIL 1971

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU
FACTEUR PSYCHOSOMATIQUE
DANS LES
RECTOCOLITES ULCERO HEMORRAGIQUES ET PURULENTES

Président : Mr. Marcel ROUX Professeur



A ma Mère,
que j'aime tant. Sa tendresse extrême, sa générosité ont
toujours constitué une aide inestimable. Son courage à
travers les épreuves multiples demeure un exemple précieux.
Qu'elle trouve ici le modeste témoignage de mon infinie
reconnaissance.

A mon Père,
qui est aussi mon ami. Par ses conseils, il a su me faire
profiter de son expérience de la vie; il m'a permis de trouver
ma voie. Qu'il trouve ici la marque d'une affection sans faille.

A ma Soeur,
dont l'amour, la confiance et la gentillesse m'ont toujours été
d'un précieux secours.

A ma Famille,

A mes Amis de toujours,
G. SAPRIEL et J. MOLHO.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

A Monsieur le Professeur M. ROUX

- Professeur de la chaire de clinique thérapeutique chirurgicale, Chirurgien des Hôpitaux, Membre de l'Académie de Chirurgie

Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence du jury de
notre thèse.

En témoignage de notre profonde gratitude.

Hommages respectueux.

A Monsieur le Professeur J.M. COLDEFY.

Vous m'avez enseigné les premiers gestes de la chirurgie. Par votre enseignement et par votre expérience, j'ai pu approcher et comprendre mieux le malade mental. Vous m'avez permis de trouver dans votre service la matière de ma thèse.

Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude et reconnaissance.

INTRODUCTION

Le praticien et le gastro-entérologue ont de plus en plus tendance à demander l'avis ou les conseils d'un psychiatre orienté vers la médecine psychosomatique dans un certain nombre de maladies du tube digestif organe nutritionnel et relationnel où les interférences psycho-organiques sont connues.

Cependant, il n'est pas rare d'assister à l'étonnement du somaticien de l'importance qu'attribue le psychiatre à la communication verbale et à l'attitude du malade alors que le psychiatre s'étonne de l'importance apportée par le somaticien aux seuls signes objectifs somatiques.

Une telle situation exprime la rencontre de deux conceptions différentes, riches de leur propre expérience et cependant méfiantes l'une vis à vis de l'autre.

Pour les uns l'aspect de la maladie est purement "humaine".

Pour les autres ne compte que l'objectivité en dépouillant la maladie de son originalité.

D'un côté, il y a le "malade", de l'autre la "maladie".

Cette apparence de dualisme cache en fait un rapport intime entre deux termes complémentaires. C'est le champ même de la médecine psychosomatique. Elle n'étudie ni la maladie uniquement à travers ses symptômes, ni le malade dans une perspective psychiatrique mais cherche à saisir les rapports qui les unissent.

Nous voulons, à la lumière de quelques observations de Recto-Colite Ulcéro-hémorragique et purulente (R.C.U.P.) observées chez les malades mentaux dans le service du Professeur J.M. COLDEFY, apporter une contribution à la connaissance du terrain sur lequel évolue cette affection, connaissance qui peut apporter également une contribution à la thérapeutique de cette affection grave.

HISTORIQUE

C'est en 1688 que SYDENHAM a parlé pour la première fois de diarrhées sanglantes (bloody flux) et qu'il a décrit les symptômes de la maladie.

Rapidement, en 1875, WILKS et MOXON, en 1885, ALLACHIN à la London pathological Society ont publié des rapports sur cette curieuse affection, en 1888 HALEWHITE, en 1893 MAYO, ROBSON de Londres; en 1882 BERTINI de Rome ont publié des travaux sur la R.C.H. Pour la première fois en France, FOLET en 1885 a fait un rapport au premier congrès de Chirurgie Française, sur cette maladie. Par la suite, en 1887 DURANTE de Rome et NOVARRO de Montévidéo et en 1902 WEIR, ont repris cette question de façon plus détaillée. C'est en 1902 que Georges LABBE a fait sa thèse sur cette maladie, thèse inspirée par QUENU. En 1904 après les travaux Français, LOCKART-MUMMERY a repris cette étude. Par la suite, de nombreux travaux français ont été publiés par : SECOND, CADE, HUTINEL, NOBECOURT, R. BENS AUDE, RACHET, BUSSON, MASSOT, CAIN, LAMBLING, CATT, HILLEM AND, OURY. Puis ce furent les travaux argentins de BONORINO OUDAU DO, les travaux espagnols de GALLART-MONES, puis les travaux américains de HURST, BARGEN. Le congrès de 1950 de la Société Belge de Gastro-entérologie a permis une sérieuse mise au point de la question. Il a été suivi par le congrès de STUTTGART, BADE-MERGENTHEIM en 1953, puis le congrès de LONDRES en 1956, enfin de ABRUZZES à PEROUSE en 1958, puis le congrès de médecine interne de BARCELONE en 1958; enfin le congrès de chirurgie à GENES en 1958.

Depuis cette dernière date, de nombreux auteurs français et anglo-saxons se sont intéressés à cette maladie, encore mystérieuse à de nombreux égards et qui semble se propager de plus en plus.

Les gastro-entérologues avaient déjà remarqué l'influence des conflits sur le déclenchement des poussées de R.C.H, mais la première contribution psychosomatique est celle de Cécil MURRAY qui en 1930 publia un article sur "les facteurs psychogènes dans l'étiologie de la colite ulcéreuse".

Dès ce travail étaient posées des questions encore non résolues, mais fondamentales, telles que le type de personnalité, la spécificité du conflit, la nature du lien entre les phénomènes psychologiques et les phénomènes organiques.

TENTATIVE D'APPROCHE PATHOGENIQUE

Le problème pathogénique demeure entier malgré tous les travaux qui se sont accumulés à ce sujet depuis maintenant près d'un demi-siècle, c'est-à-dire depuis les travaux de BARGEN qui, en 1924, tenta le premier de reproduire expérimentalement la maladie jusqu'aux travaux tous récents de l'école HALPERN sur le rôle de l'auto-immunité.

La multiplicité des théories pathogéniques proposées prouve bien qu'aucune d'entre elles n'est satisfaisante. Aucune conception d'ensemble n'a encore vu le jour, qui puisse véritablement rendre compte de la totalité des faits observés chez l'homme.

Actuellement, l'immense majorité des auteurs considère la R.C.H. comme une entité individualisée non seulement sur des signes endoscopiques, mais sur un ensemble de données anatomiques, histologiques et évolutives. Ce n'est pas pour autant une maladie relevant d'une cause unique, spécifique mais une maladie constituée par une réaction particulière du colon se produisant sur un terrain prédisposé, à l'occasion de causes déclenchantes diverses, et évoluant ensuite pour son propre compte, au même titre, par exemple, que l'eczéma, réaction cutanée très particulière, se produisant sur un terrain prédisposé à l'occasion de causes déclenchantes multiples.

L'état dysentérique paraît bien être la réaction plus ou moins violente d'une paroi colitique à des agressions diverses.

"Que ces agressions soient psychiques, allergiques, auto-immunitaires, ou autres, elles entraînent sur un terrain par-

ticulier, labile dans son équilibre neuro-végétatif un orage vaso-moteur, chaînon indispensable entre le facteur de provocation et sa conséquence anatomo-clinique" (J. DUBARRY).

ETUDE NEUROPHYSIOLOGIQUE

La neurophysiologie a bien établi l'existence dans l'hypothalamus et dans les centres corticaux, de centres régulateurs du fonctionnement viscéral, colique en particulier.

L'expérimentation est parvenue à créer des lésions viscérales à partir de perturbations de l'activité nerveuse supérieure.

A/ L'expérimentation animale

- Chez le chien et le chat, des lésions ulcéreuses hémorragiques du colon ont pu être produites par la stimulation d'électrodes implantées dans l'hypothalamus (LIVINGSTONE, FRENCH) ou des destructions focalisées de l'hypothalamus (KELLER).

B/ L'expérimentation clinique

GRACE et WOLF ont observé quatre malades colitiques ulcéreux et porteurs de fistules à des niveaux divers du colon. Chez ces sujets, ils ont enregistré l'activité colique de façon précise (étude de la motricité par ballons placés dans le colon, radiographies en série, mesure de l'activité enzymatique de la sécrétion colique, mesure de la quantité de sang émise, mesure de la fragilité de la muqueuse colique).

Parallèlement, les malades étaient observés, leur comportement noté et on les soumettait à des situations conflictuelles. Les résultats assez spectaculaires peuvent être ainsi résumés _

Dans les périodes de calme affectif, l'intestin est pâle, immobile et la sécrétion pauvre en lisozyme; pendant les périodes d'agressivité, le colon est rouge, hypermobile, et recouvert d'une épaisse couche de mucus riche en lysozyme. Si l'agressivité dure longtemps, on voit apparaître des hémorragies et des ulcérations de la paroi.

De leur côté, KARUSCH, DANIELS, et HIAT, utilisant la même méthode ont cherché à voir si les anomalies démontrées étaient prédominantes au niveau du colon ou si elles manifestaient un retentissement plus général de l'hyperémotivité. Ils ont ainsi placé des ballons dans l'intestin et étudié non seulement les sécrétions coliques mais aussi les réactions vaso-motrices des doigts et du flux salivaire.

Ils ont montré de cette façon que :

- c'est la peur plus que tout autre stimulus qui donne des réactions coliques segmentaires chez ces malades.
- que l'hypersécrétion colique s'accompagne d'une inhibition des autres champs, salivaires en particulier.

De nombreux autres travaux ont souligné l'importance du facteur nerveux dans la genèse des ulcérations aiguës.

- SCHIFF en 1845
- BROWN SEQUARD en 1876
- EPSTEIN

avaient constaté des suffusions hémorragiques gastriques après lésion du thalamus, du pédoncule cérébral, de la protubérance ou des segments supérieurs de la moelle.

- En 1925, MOGELPITZKI et BURDENKO obtiennent les mêmes phénomènes après insertion d'une bille de cire dans l'hypothalamus

- Par faradisation du splanchnique ou par dépôt sur ce nerf d'une goutte d'alcool à 30°, SPERANSKY obtient chez le cobaye des lésions hémorragiques de l'estomac, une congestion de l'intestin, avec ça et là, des zones d'infarctissement. La congestion touche la totalité des organes intra-abdominaux.

- REILLY, en irritant le sympathique abdominal provoque des manifestations pathologiques variables selon l'espèce, l'agent irritant qui peut être multiple, mais parmi lesquelles des hémorragies gastro-intestinales. Il étudie également les voies nerveuses utilisées par les réflexes d'irritation; ceux-ci ont pour "point de départ, la sensibilité végétative, empruntent dans leur trajet descendant la moelle et les nerfs sympathiques, la transmission s'effectuant dans le sens de l'influx nerveux ou le sens antidromique". Le rôle des centres végétatifs est démontré, mais ceux-ci ne sont pas "indispensables à la propagation des influx irritatifs" (B. CHAUCHARD).

- Et REILLY ajoute : "Que l'agression, au lieu de porter directement sur les formations neurovégétatives, intéresse la portion centripète de l'arc réflexe, c'est-à-dire les nerfs sensitifs, les lésions seront les mêmes".

- En effet, de l'huile de Croton posée sur une branche du trijumeau, ou à l'intérieur d'une dent, provoque des lésions gastriques aiguës. Cette expérience de SPERANSKY et KARTACHOV apporte la preuve de ce que dit REILLY.

- Mais insistons un peu sur ces expériences de REILLY qu'il commençait en 1932, et dont il communiquait les premiers résultats à la Société de Biologie le 3 Mai 1934, et qui furent étudiées par Philippe DECOURT en 1951, et auxquels LAURENCE en 1955 cherche une interprétation sémiologique et nosographique en chirurgie.

Ces expériences sont basées sur l'injection d'endotoxine autour du splanchnique gauche du lapin et du cobaye. Cette injection entraînant :

- la mort de l'animal à des doses bien inférieures à celles

nécessaires par une autre voie, veineuse ou péritonéale;

- un accroissement massif des lésions digestives notées à l'autopsie des animaux décédés.

Ces lésions sont en gros :

- des placards de nécrose hémorragique sur l'estomac;
- une tuméfaction hémorragique des plaques de Peyer et des ganglions mésentériques;
- de larges ecchymoses sur le gros intestin.

Chez le cobaye, on retrouve parfois un hémopéritoine, un infarctus mésentérique.

Le chat et le chien succombent à une injection de poison sur le splanchnique, avec hémorragies digestives, alors qu'ils sont résistants à l'introduction du poison dans le sang.

REILLY obtient les mêmes lésions avec de la toxine diphtérique, des alcaloïdes tels la nicotine, ou du poison comme l'acétate de Pb, les sels de Nickel ou de Cobalt.

Quel que soit l'agent causal, REILLY constate les mêmes altérations histologiques. Nécrose plus ou moins étendue, intéressant le tissu lymphatique et même la muqueuse, lésions qu'il attribue à des troubles circulatoires.

Qu'un dérèglement neurovégétatif participe au mode évolutif de la maladie, ceci n'est contesté par personne.

Il suffit pour s'en convaincre de souligner l'importance des facteurs émotifs sur les fluctuations de la maladie, brusques flambées ou sédations subites ou encore d'évoquer l'effet quasi-immédiat de l'électrocoagulation préfontale sur les hémorragies graves, sur les phénomènes congestifs coliques.

Nous aurons l'occasion d'y revenir plus en détail ultérieurement.

Mais il semble s'agir là d'une manifestation vago-sympathique à expression motrice ou vasculaire, intégrée dans un mécanisme physiopathologique complexe et non d'une réaction apparemment simple comme peut l'être un phénomène de REILLY expérimental.

Cette action thérapeutique n'induit donc pas une pathogénie de la R.C.U.H., ne serait-ce que parce que la même électrocoagulation améliore également les hémorragies gastriques.

Tout au plus peut-on conclure que les perceptions extérieures et les stimuli qui sont transmis par les voies préfrontales peuvent venir perturber la vascularisation du tube digestif.

Ainsi, il n'existe pas d'arguments expérimentaux absolument déterminants en faveur d'une origine psychique de la rectocolite hémorragique; mais celle-ci est suggérée chez nombre de malades par la conjonction d'une personnalité psychique habituellement assez perturbée pour frapper le clinicien et de circonstances déclenchantes qui apparaissent comme des agressions émotionnelles ou affectives.

Par contre, on doit rejeter la tendance qui fait de la R.C.H. une maladie psychosomatique tout simplement parce que les autres étiologies invoquées ne sont pas évidentes.

De toute façon, ni la personnalité du colitique ni les événements extérieurs déclenchants ne sont spécifiques et s'il est raisonnable de faire une large place aux facteurs psycho-somatiques, il ne faut pas négliger pour autant le rôle de la fragilité constitutionnelle de la muqueuse, de l'allergie, de l'infection, etc...

OBSERVATIONS

1ère observation

Monsieur ROS... âgé de 75 ans.

Ce malade est hospitalisé dans le service le 18.4.70 pour syndrome abdominal aigu associant :

- météorisme abdominal
- douleurs diffuses de l'abdomen
- vomissements alimentaires puis bilieux
- chute tensionnelle (10,5 - 7. Malade hypertendu à 19 - 10)
- surtout, hémorragie intestinale apparue la veille de son hospitalisation.

On retrouvait de plus :

- Globules Rouges : 3 millions/mm³
- Globules Blancs : 18 000/mm³
- Urée Sanguine : 1g50
- Vitesse de Sédimentation : 80 - 112
- Glycémie : 0,90

Le reste de l'examen était normal

Outre une HTA bien compensée, des crises de goutte survenant irrégulièrement, aucun antécédent important n'est retrouvé.

Seuls dominant des troubles d'ordre psychiatrique : début des troubles mentaux 2 ans auparavant (1967) :

- état dépressif d'allure mélancolique à la suite de mauvaises transactions en bourse.

Malade anxieux

déprimé

culpabilisé.

En somme, un syndrome dépressif ayant débuté par une mélancolie d'involution survenue semble-t-il sur un fond de névrose obsessionnelle chronique.

A noter que la fille du malade aurait présenté une R.C.H. apparue à l'époque, où les troubles mentaux du père ont débuté. Après réanimation intensive, on pratique :

- une rectoscopie qui retrouve :
 - . muqueuse anale congestive
 - . ulcérations en coup d'ongle évoquant R.C.H.

- le lavement baryté décèle :
 - . aspect tubulaire et rigide du colon iliaque gauche et de la portion immédiatement sus-jacente.

- des coprocultures pratiquées s'avèrent négatives.

Sous traitement médical (Salazopyrine, lavement au betnesol, transfusions), une amélioration tant clinique que biologique est constatée. Le malade sort du service et retourne en milieu psychiatrique.

1 mois plus tard en Septembre 1970, nouvelle hospitalisation à l'occasion de diarrhées importantes.

4 jours plus tard :

- . collapsus irréversible
- . syndrome douloureux thoracique
- . hématomèse.

Autopsie :

- péritonite purulente généralisée
- estomac :
 - . dilaté
 - . érosions hémorragiques de constitution récente sur la grande courbure,
 - . exulcération à fond plat et hémorragique de 1cm de diamètre sur la petite courbure
 - . intestin grêle normal

. aspect de colite ulcéreuse du gros intestin dans sa moitié gauche : abrasion de toute la muqueuse mettant à nu un chorrion massivement infiltré par un granulome inflammatoire polymorphe.

2ème observation

Madame BEN... 65 ans

Hospitalisée dans le service le 26.10.70 pour tentative de suicide : plaie par coup de couteau au triangle de scarpa.

Antécédents :

- 1965

. 1ère dépression nerveuse à l'occasion d'une transplantation (départ d'Afrique du Nord),

- 1966

. décès du mari,

. apparition d'un syndrome nostalgique avec anxiété, perte de confiance, appréhension.

L'examen à l'entrée de cette malade pyrétique, semi-prostrée, notait l'existence d'une plaie du scarpa béante, inflammatoire.

Quelques jours après son entrée, apparition de rectorragies :

. abondantes

. très fétides

. répétées, purulentes

. de sang rouge et associé à du mucus et à des glaires.

- coprocultures négatives

- rectoscopie impossible à pratiquer.

Le traitement médical ne vient pas à bout de ces rectorragies.

- apparition d'une oligo-anurie

- élévation de l'urée sanguine

- toxi-infection fébrile

- collapsus terminal, trois semaines après l'entrée.

Ainsi, se trouvait réalisé cliniquement le tableau d'une forme fulminante, réalisant l'une des situations les plus dramatiques de la médecine digestive.

Devant l'absence de tout antécédent digestif notable, (amibien en particulier) et en présence de cette symptomatologie évocatrice, on soulève le diagnostic de lèrè poussée de R.C.H. dans sa forme fulminante. Poussée déclenchée sur ce terrain fragilisé à l'occasion d'une agression bactérienne à point de départ au scarpa.

La netteté de l'élément psychique ne peut, là, être niée par personne. Ce cas s'inscrit pleinement dans le cadre de notre propos car il illustre de manière éclatante les corrélations entre hémorragies digestives et système nerveux.

3ème observation

Madame BR... OLG - 42 ans

Hospitalisée dans le service le 18.5.70 à l'occasion d'un syndrome abdominal aigu. Tout avait commencé quelques jours auparavant par :

- des troubles du transit
- des douleurs abdominales; A l'entrée l'examen retrouve un abdomen très météorisé, mais absence de niveaux liquides à la radio.
- des signes d'hémorragie interne.

Cette malade présentait une anémie chronique de longue date, d'étiologie imprécise, traitée par des transfusions en milieu psychiatrique.

Une réanimation médicale n'entraîne qu'une inconstante et transitoire amélioration clinique.

Sur cette malade épileptique ancienne et atteinte de "gâtisme", on décide d'intervenir. A l'ouverture de l'abdomen, issue abondante de pus. Présence d'un utérus de volume normal mais violacé, trompe et ovaire droit infarcis.

Arrêt cardiaque sur table. Massage cardiaque. Le coeur repart mais la malade décède peu après.

Or, à la vérification, on a la surprise de noter l'existence d'une colite ulcéro-nécrotique massive sans lésion rectale ni atteinte du grêle.

4ème observation

Madame CHA... - âgée de 69 ans

Hospitalisée le 20.10.70 pour syndrome occlusif :

- apparu progressivement
- sans retentissement sur l'état général
- isolé.

Antécédents :

- Mégaorte sans anévrisme
- Troubles de la série biliaire
- troubles du rythme
- Syndromes dépressifs répétés.

Le lendemain de son arrivée, épisode fébrile (fièvre à 42°) que le traitement symptomatique n'a pu maîtriser.

L'autopsie ne retrouvait rien de caractéristique. Seule une muqueuse rectale très hémorragique retenait l'attention.

5ème observation

Cette malade, Madame CHR... 80 ans hospitalisée à VILLEJUIF, pour mélancolie d'involution entre dans le service le 19.5.70 pour fracture du col du fémur droit (sous capitale engrenée).

Le 22.5.70

Enclouage par clou de Smith Petersen. Les suites opératoires immédiates ne sont pas favorables :

- arrêt du transit
- vomissements bilieux
- aggravation des troubles psychiques.

Le 2.6.70

La malade décède. La suspicion clinique d'embolie pulmonaire est confirmée par l'autopsie.

C'est à l'occasion de celle-ci que l'on retrouve une congestion de la muqueuse colique avec lésions ulcéro-hémorragiques de celle-ci.

6ème observation

Très intéressante est l'observation de Monsieur FAL... âgé de 33 ans hospitalisé le 12.12.70 dans le service.

Originaire de Calabre, ce malade vit en France depuis 13 à 14 ans.

En 1968

Perforation d'ulcère non opéré. Traité médicalement depuis.

Mi-novembre 1970

Apparition d'un syndrome dysentérique important avec rectorragies.

Parallèlement, ce malade, ancien séminariste puis machiniste au Casino de Paris, est soumis à diverses agressions émotionnelles en rapport avec une situation extra-conjugale, (ce malade est marié depuis 7 ans, pas d'enfant).

A l'entrée, Monsieur F. présentait des signes de R.C.H. avec hémorragies inquiétantes, anémie intense, asthénie.

En dépit d'une réanimation intensive (rééquilibration hydro-électrolytique, transfusions massives, hémostatiques), l'état du malade demeure précaire :

- l'hémorragie intestinale persiste, tous les jours plus abondante (20 sellés par jour)
- Amaigrissement massif, "à vue d'oeil".

On tente quatre jours après son arrivée deux infiltrations splanchniques, gauche, puis droite qui n'apportent qu'une très discrète amélioration transitoire.

Cette légère rémission permet de pratiquer :

1°/ Coprocultures et recherches de parasites pour éliminer les formes d'amibiase simulant la R.C.H. : elles sont négatives.

2°/ Rectoscopie qui retrouve quelques ulcérations mais pas d'aspect typique de R.C.H.

3°/ Lavement baryté, qui note au contraire des aspects démonstratifs.

Les hémorragies, chez ce patient renfermé et hostile deviennent cataclysmiques et font craindre un exitus rapide.

10 jours après son hospitalisation et après avis du Docteur BUCAILLE, on décide alors de pratiquer une électrocoagulation du cerveau pré-frontal. Celle-ci a été pratiquée.

Dès le lendemain arrêt des hémorragies. Les selles redeviennent marrons et moulées, sans la moindre goutte de sang.

Mais chez ce malade, l'élément infectieux intestinal est prépondérant. On a l'avantage d'avoir un antibiogramme qui laisse espérer une action de certains antibiotiques. Mais la fièvre oscille et remonte.

Alors, après 12 jours, le saignement réapparaît, d'abord minime, puis plus net, puis quotidien. Il ne reprend jamais l'aspect du début, mais persiste associé à la fièvre.

Le malade qui avait recommencé à manger après l'électrocoagulation cesse à nouveau de s'alimenter spontanément, se cachectise.

Muet et hostile, il finit par décéder après 3 semaines.

Ces différentes observations nécessitent quelques remarques.

1°/ L'âge d'apparition

Dans 4 cas, il s'agissait de sujets âgés; c'est une notion bien classique et communément admise que celle qui fait survenir la maladie chez le sujet jeune jeune (entre 20 et 30 ans).

2°/ La prédominance féminine est nette puisqu'on l'a retrouvée dans 4 cas.

3°/ L'influence raciale ne semble pas intervenir de façon primordiale.

Toutefois, soulignons que deux malades étaient de confession Israélite.

Aux Etats Unis, ACHESSON, BARGEN, SLOAN pensent que la race juive est 4 fois plus atteinte que les autres sujets américains.

PAUHLEY trouve deux fois plus de sujets juifs atteints à Londres.

A la Mayo Clinic, les auteurs constatent que 25% des sujets malades sont des juifs.

Il ne semble pas, en France, que l'on ait pu constater l'influence raciale.

4°/ Un seul de nos patients présentait des antécédents de colite amibienne. Il est d'ailleurs intéressant de rappeler la faible fréquence de cas observé dans le Tiers-Monde et au Moyen-Orient. Il est en effet curieux de constater cette répartition géographique si l'on admet que l'amibiase fait le lit de la R.C.H.

5°/ Une seule forme familiale a été retrouvée. Ceci est à souligner car rarement constatée dans la littérature médicale. On note à cet égard qu'il s'agit de formes graves, telles que celles qui ont été publiées par KIRSNER et SPENCER en 1963.

6°/ De nos six malades mentaux, trois présentaient une mélancolie d'involution. Dans les trois cas, il s'agissait de formes graves, d'évolution aiguë.

ASPECT PSYCHOSOMATIQUE

La R.C.H. est considérée comme l'affection psychosomatique type par les psychosomaticiens de formation psychanalytique. Le jugement des gastro-entérologues est plus nuancé.

Nous pensons que cette notion mérite d'être analysée.

De nombreux auteurs s'accordent à trouver un terrain psychologique déficient chez les malades atteints de R.C.H.

Sur un ensemble de 40 patients WITTKOWER le retrouve dans 92% des cas après une enquête minutieuse.

Aux Etats Unis, BASSLER estime à 30% le nombre des coliques dont les troubles psychiques étaient apparents: sa statistique porte sur 542 cas.

En France, Philippe DAPIER étudie 51 malades et rapporte la précarité de l'équilibre psychosomatique de 13 d'entre eux, soit 25,5% des cas.

A la confrontation de ces différentes statistiques, on voit que si la proportion de déficiences psychiques reste importante dans tous les cas, leur pourcentage est diversement évalué par les auteurs.

Cette différence tient aux critères employés pour jauger la "santé psychologique" de ces malades.

Certains ne retiennent que des troubles grossiers qui apparaissent facilement dès le premier contact.

D'autres au contraire y font rentrer des troubles beaucoup plus discrets, qui passent inaperçus au premier abord et qu'il faudra minutieusement rechercher.

"La structure générale de leur personnalité n'est en effet souvent anormale que par un nombre restreint de ses aspects. De nombreux traits de caractères sont en effet souvent normaux, et il s'en suit que ces sujets peuvent être parfaitement adaptés à leur vie sociale et familiale si les circonstances extérieures s'y prêtent.

Ce n'est qu'à l'occasion d'une situation affective inhabituelle et souvent inattendue que se révèlera leur comportement anormal" (MERIAUX).

Actuellement, l'observation clinique semble montrer qu'il n'existe pas vraiment de profil spécifique à la colite ulcéreuse et comme le dit DURET :

" Il est incontestable que d'innombrables personnes ayant ces traits caractérologiques ne font pas et ne feront jamais de poussée colitique; la maladie n'est nullement le reflet d'un type de personnalité".

LE MALADE ET SA PERSONNALITE

L'étude psychosomatique a pour but d'explorer les différents secteurs de la vie du sujet en utilisant un interrogatoire aussi complet que possible se développant dans trois directions :

- 1 - Etude du profil de la personnalité du malade
- 2 - Etude des circonstances déclenchantes
- 3 - Etude de l'enfance.

I - Personnalité proprement dite

Pour n'être pas spécifique la personnalité du colitique est cependant assez perturbée pour que de nombreux auteurs aient pu recueillir les traits psychologiques concordants.

La base de la personnalité est une immaturité instinctivo-affective liée à une frustration infantile vraie ou subjective du fait d'une mère vécue comme mauvaise ou encore surprotectrice. Il en résulte un attachement excessif à la mère ou à son substitut et cette dépendance vis à vis d'une personne joue sûrement un rôle considérable dans la psychogénèse de la R.C.H.P.

Contrastant avec l'existence de cette mère excessive, on note fréquemment dans l'anamnèse du malade l'absence de père, soit physiquement, soit par carence d'autorité.

Leur immaturité affective est un des traits dominant de leur personnalité. Ils n'arrivent jamais à être indépendants et ne peuvent exister qu'à la condition de dépendre d'une autre personne qui est parfois le conjoint, mais plus souvent la mère. Il ont besoin de la sympathie des autres; leur besoin de protection est constant.

Le colitique est volontiers narcissique, égocentrique.

Bien que manquant de confiance en soi, il vit de prestige. De ce fait, il est très vulnérable. Toute blessure d'amour propre, toute ambition frustrée sont, par lui, cruellement ressenties.

Les relations avec le monde extérieur sont difficiles. Elles se traduisent par une attitude ambivalente, c'est-à-dire par une rapide variation entre un désir actif d'entrer en relation et une attitude hostile faite de refus, de réticences, d'hostilité.

Ainsi s'explique le caractère superficiel du contact qui s'établit avec le psychothérapeute et dans le groupe, le refus de discuter de son propre problème, contrastant avec le désir excessif de s'occuper du problème des autres. Mais cette attitude de bienveillance exagérée reste superficielle et même si elle va jusqu'à la complaisance service, elle ne fait que masquer l'égocentrisme foncier.

Bien plus fréquemment que dans la maladie ulcéreuse, on retrouve des manifestations psycho-névrotiques qui existaient antérieurement à la R.C.H.P. :

a/ Tempérament obsessionnel avec rigidité morale et religieuse.

Des traits obsessionnels sont retrouvés avec une fréquence notable.

Habitudes méticuleuses allant jusqu'à l'obsession et portant sur l'hygiène, la propreté, la bonne tenue des vêtements; des vérifications réitérées leur sont nécessaires : tel sujet reviendra vérifier à plusieurs reprises la fermeture correcte de sa porte ou

de son compteur à gaz.

Il faut à ces sujets une vie bien réglée, dans un cadre soigneusement tracé, d'où ils n'aient pas à sortir. Cela entraîne chez eux une certaine rigidité du comportement, une angoisse sociale.

b/ Tendance dépressive.

On note souvent des épisodes de dépression psychique, avec sentiment d'infériorité, de culpabilité (MAHONEY). Leur climat affectif est alors étroitement dépendant de l'entourage.

Mais il peut en outre présenter de véritables périodes de dépression psychotiques pouvant amener à envisager l'internement.

"Le sujet est inquiet, et craignant d'être abandonné demande de l'aide, tout en restant vigilant, sur ses gardes, comme s'il allait être soumis à une agression" (M'UZAN).

Enfin, ces malades manquent d'ambition, se découragent à la moindre difficulté, ne peuvent se résoudre à prendre une décision.

c/ Trouble de la satisfaction sexuelle.

Ils sont hostiles à l'activité sexuelle. L'immaturité sexuelle est de règle. Les hommes sont parfois impuissants ou n'arrivent à accomplir leur sexualité qu'à l'aide d'images maternelles ou dans des conditions où leur narcissisme est satisfait (CAIN).

Chez la femme, les troubles sont plus ou moins importants; l'absence complète de relations sexuelles ou une frigidité totale ne sont pas rares.

Ainsi, les traits d'ensemble de cette personnalité correspondent à ce que les psychanalystes décrivent sous le nom de personnalité orale.

II - Circonstances déclenchantes

En cette matière, très proches sont nos observations de celles rapportées par de nombreux autres auteurs, anglo-saxons notamment.

Depuis de nombreuses années la fréquence des facteurs psychiques ou émotionnels déclenchant les poussées de colite a été rapportée et elle dépasse les possibilités d'un pur hasard.

GROEN dans 90% des cas trouve des stress à l'origine des poussées. Dans les cas aigus, la maladie débute dans les 24 premières heures qui suivent l'évènement émotionnel.

Ces conflits prennent une valeur affective telle que le sujet se trouve alors dans une situation qu'ENGEL décrit comme "Helpless" (situation désespérée).

Il peut s'agir aussi dans d'autres cas de blessures mineures, mais répétées.

DANIELS affirme qu'il est possible de retrouver un conflit émotif à l'origine de la première poussée de R.C.H. dans les 3/4 des cas.

PRUGH, en 12 observations de R.C.H. survenues chez l'enfant note toujours un choc affectif responsable du début de l'affection.

WEITHALER estime ce facteur présent dans les 2/3 des cas.

SLOAN et BARGEN sur 2 000 cas de R.C.H. hospitalisés à la Mayo Clinic constatent 17 fois un facteur psychique significatif ayant précédé la 1ère poussée, 33 fois une intervention chirurgicale, 45 fois une grossesse, 71 fois un facteur psychique déclenchant une rechute.

Très fréquemment, mais non constamment la poussée de Rectocolite ulcéro hémorragique semble donc déclenchée par un évènement qui vient perturber la vie du malade. A tout autre qu'un colitique, cet évènement semblerait banal (deuil, séparation, revers de situation); mais il ne peut l'être pour lui, qui le vit avec sa personnalité immature, narcissique, ambivalente, excessivement attaché à une personne clé.

Très schématiquement, BONFILS et M'UZAN ont ramené ces circonstances déclenchantes à trois états psychologiques fondamentaux :

1°/ perte objectale, c'est-à-dire perte réelle ou figurée des rapports avec la personne clé,

2°/ blessure narcissique : sentiment de dévalorisation, d'auto-dépréciation,

3°/ impossibilité d'assurer des responsabilités nouvelles.

A vrai dire, ces trois situations psychologiques peuvent se trouver intriquées. Chez un même malade, on ne les trouve pas obligatoirement avant chaque poussée, mais il faut tenir compte de cette possibilité qui est donnée à l'homme de revivre par la pensée les évènements du passé.

On remarqua que les malades rapportaient spontanément à des tracas l'éclosion ou les rechutes de leur maladie. Ces malades résistent moins bien à une brusque agression altérant leur amour propre ou leur personnalité et volontiers ils se disent "ulcérés".

ENGEL a noté chez ces patients une personnalité pré-morbide et aussi des états psychopathologiques chez la mère de ces sujets. Il a invoqué le rôle d'une séparation avec la mère. De la même manière, on a signalé des cas apparaissant chez une mère et chez sa fille adoptive soumise à la discipline maternelle sur le plan psycho-intellectuel.

MURRAY a pu insister aussi sur la fréquence troublante des conflits se rapportant au mariage.

Ces conflits prennent une telle valeur affective en raison de la personnalité de ces sujets que ces derniers ne peuvent se libérer de l'émotion.

Ainsi, (GROEN) le malade ne répond pas à l'évènement traumatisant par un comportement dirigé vers l'extérieur : il se livre à une véritable autoagression.

C'est l'intériorisation du conflit.

Les facettes de cette personnalité si particulière ont souvent leur origine dans l'enfance perturbée de ces malades.

III - Perturbations de la vie infantile

La R.C.H. est relativement peu fréquente en France par rapport aux pays Anglo-Saxons. Ceci est particulièrement net chez l'enfant.

A l'hôpital des enfants malades, seuls 15 cas en 10 ans ont pu être réunis, alors que les statistiques étrangères font état de 139 cas (BARGEN et KENNEDY) 137 cas (LAGERCRANTZ), 80 cas (MICTTENER et BROWN).

Il est vrai que l'on est sans doute plus sévère chez nous en ce qui concerne les critères de diagnostic de la R.C.H.

On retrouve une intelligence habituellement normale voire élevée.

Mais ils sont très renfermés, solitaires, leurs contacts humains sont difficiles. Les mères sont souvent protectrices à l'excès, peu affectives et distantes. Les rapports avec la mère, en fonction desquels se sont ultérieurement édifiés les rapports avec autrui, ont fréquemment été faits d'attachement excessif, souvent renforcé par l'absence du père ou son incapacité à tenir sa place normale dans l'éducation de l'enfant; d'où un renforcement de la liaison mère-enfant avec une corrélative aggravation de tous les problèmes qui en dépendent (MURRAY).

Il est fréquent (BERNING) de retrouver dans l'enfance un sentiment d'insécurité, un manque d'initiative, une dépendance à l'égard d'autrui.

Toutes les observations convergent sur ce fait que l'enfance de ces malades a été effectivement très perturbée.

CONCLUSIONS THERAPEUTIQUES

Il faut bien reconnaître que la plupart des études pathogéniques n'ont eu que peu de retentissement sur le traitement des R.C.H. en poussée et particulièrement des formes graves.

Par contre, en ce qui concerne la prévention des rechutes, il est indiscutable que certaines données notamment psychosomatiques ont conduit à élaborer certaines attitudes pratiques d'efficacité indiscutable.

Cependant, quel que soit le terrain, quelles que soient les circonstances déclenchantes, une fois que la maladie a démarré, elle évolue pour son propre compte au gré des événements émotionnels peut être, mais tout aussi bien sous l'influence de poussées d'infection intestinale (protéus, pyocyanique).

Après avoir établi le diagnostic et avoir reconnu la note psychosomatique de l'affection, le traitement médical est mis en route avec ses différentes méthodes. Lui seul sera à même de remonter un état général déficient, de corriger les troubles des électrolytes, de réparer une anémie sévère, de remonter une protidémie effondrée.

Cette thérapeutique est primordiale, indispensable. Ces malades ont besoin de soutien et de nursing.

Une psychothérapie peut être parallèlement instaurée avec l'aide de l'entourage à qui on doit dans la mesure du possible en faire comprendre l'intérêt.

Les malades présentant une R.C.H. doivent être vus par un neuropsychiatre. Le médecin qui comprend l'importance des processus psychologiques qui sont à la base de la maladie est bien équipé pour agir de façon bénéfique et éviter les erreurs, mais il doit prendre conscience du fait qu'il prend alors la place du personnage clé et il assume alors une responsabilité énorme dans l'évolution. Le rôle du psychiatre n'est pas tant de prendre de façon complète le malade en charge que d'éviter au médecin ou au chirurgien des erreurs sur le plan psychologique ou psychothérapeutique.

MODALITES DE LA PSYCHOTHERAPIE

La psychothérapie n'est qu'un traitement parmi d'autres de la R.C.H.P. Il faut se garder d'en faire la panacée des formes rebelles au traitement médical classique et d'y conduire en désespoir de cause, les malades que l'on n'a pas pu améliorer autrement.

N'importe quelle psychothérapie n'est pas applicable à n'importe quel colitique.

En effet, compte tenu de la personnalité de ces malades, le contact est difficile à établir. Atteinte d'une affection somatique sévère et invalidante, ils ne réclament d'être aidés que sur le plan somatique et n'accepteront que très difficilement que les troubles intestinaux soient liés à des désordres psychologiques.

La famille et la "personne-clé" acceptent souvent difficilement cette relation psychosomatique. La psychothérapie la plus intense ne peut éliminer le défait biologique sous-jacent

à une colite. Elle peut rendre le malade moins vulnérable aux rechutes.

1°/ La cure psychanalytique vraie n'a que des indications exceptionnelles.

2°/ La psychothérapie d'inspiration psychanalytique est à la fois mieux acceptée et moins traumatisante.

Elle ne remet pas toute la personnalité du colitique en question mais cherche essentiellement à revaloriser le malade à ses propres yeux, en atténuant la blessure narcissique et en essayant de réparer la perte de la personne-clé.

Mais même avec ces intentions limitées, il faut être prudent et patient, se garder de confrontations actives et conserver sa bienveillance en face de l'agressivité ou des désirs de fuite du malade.

Une formation psychanalytique est donc indispensable.

Parallèlement, il faut suivre de très près l'évolution des lésions intestinales, car on ne touche pas même de loin aux problèmes majeurs du patient sans risquer de déclencher une poussée évolutive.

On saura manifester intérêt et affection malgré les exigences souvent excessives et tyranniques du malade. On écarte les membres de la famille ou du personnel hospitalier qui paraissent avoir un rôle traumatisant.

Ce "maternage" au bon sens du mot aide efficacement le malade à supporter les inconvénients de sa maladie, contribue à l'atténuation de la poussée et prépare le malade à une éventuelle colectomie.

Les médications simples assurant l'équilibre psychique seront toujours utilisées, adaptées aux réactions du malade. Ces médicaments paraissent avoir dans la R.C.U.P. une action pharmacodynamique beaucoup plus que psychique puisqu'elles sont utilisées à des posologies très faibles.

- sédatifs généraux
- tranquillisants
- psychoanaleptiques
- neuroleptiques majeurs. Lors de crises hémorragiques les neuroleptiques majeurs ont obtenu des régressions spectaculaires. Est-ce une action centrale ou une action sur les muscles lisses ?

3°/ Traitement par les neuroleptiques.

Parmi les très nombreuses drogues neurotropes utilisées, ce sont les neuroleptiques qui ont fait l'objet des travaux les plus sérieux.

GIRARD et C^o ont obtenu 50% de succès par la thiopropérazine (Majeptil) à la dose de 1 à 4 mg par 24 heures pendant 1 à 3 mois en association aux thérapeutiques habituelles.

DUPUIS et C^o ont utilisé des dérivés des butyrophénones (Tripéridol, Halopéridol) après échec des traitements usuels et ont obtenu des résultats favorables dans tous les cas où n'existaient pas de pseudopolypes. Mais ces derniers auteurs pensent que ces drogues agissent plus par l'intermédiaire d'une action pharmacologique isolée que par leur effet psychotique.

Le problème des interventions préfrontales.

Il est certain qu'il y a chez la plupart des sujets atteints de R.C.H. une fragilité psychologique, et parfois même un véritable terrain psychopathique.

De là à étendre les indications de la neuro-chirurgie fonctionnelle, de là à proposer une intervention sur le cerveau dans le but de traiter la maladie intestinale, il n'y a qu'un pas.

Ces opérations cérébrales, telles que M. BUCAILLE les pratique actuellement en France, sont des électrocoagulations du cerveau préfrontal, l'électrocoagulation ayant fait suite, depuis 1954, à l'infiltration novocaïnique.

Si elle ne met pas en jeu le pronostic vital, l'intervention est également sans danger du point de vue des séquelles neuro-psychiques éventuelles. L'électrocoagulation préfrontale n'altère en rien le psychisme du malade.

Si remarquables que soient ces résultats cliniques, sur chacun des signes de la R.C.H., il convient, pour une juste appréciation de la méthode, de se demander dans quelle mesure elle est capable d'agir sur le cours même de la maladie.

L'électrocoagulation préfrontale, comme toute chirurgie physiologique, a ses limites d'efficacité. Son pouvoir sur la maladie ne peut s'exercer pleinement qu'à un stade précoce de l'évolution, celui où les lésions anatomiques sont encore réversibles.

Tel est le cas des formes récentes, essentiellement hémorragiques, peu ou pas infectées. Il est cependant intéressant de rappeler que, même dans les cas très avancés (lésions définitivement installées et irréversibles) l'intervention préfrontale peut rendre de très grands services lorsque la rectocolite a un caractère franchement hémorragique. Car exécutée de prime abord, elle arrête le saignement, rétablit l'état général en quelques semaines et améliore largement les conditions d'une colectomie secondaire éventuelle.

Il est en revanche deux contre-indications :

- D'une part, les formes communes bénignes, formes accessibles au traitement médical et pour lesquelles il ne saurait être question de proposer une opération cérébrale;
- D'autre part, les formes avancées à lésions irréversibles, rectocolites surinfectées mais peu ou pas hémorragiques : ces formes gravissimes ne retireraient, c'est l'évidence même, aucun profit de l'intervention préfrontale.

Il y a là une action par un mécanisme neuro-végétatif. Elle est donc par définition transitoire. Elle peut suffire. Elle peut simplement faire gagner quelque temps. Ce n'est pas un traitement spécifique. C'est un moyen d'exception qui a donné des succès. Ceux qui ont vu des échecs nient son action. Ces tentatives à visée pathogénique ne sont ni admises, ni comprises par tous. En définitive, seule l'objectivité des constatations doit être considérée.

Considérations sur l'acte chirurgical

L'intervention est la procto-colectomie totale avec anastomose iléo-rectale immédiate. L'opération, c'est l'ablation du "colon fautif" et l'installation d'une iléostomie que le malade est plus à même de contrôler. Il arrive que l'opération ait une action psychologique plus forte que la psychothérapie. Il faut mettre le candidat à l'iléostomie en relation avec un malade opéré avec succès. Aux U.S.A. il y a des clubs d'iléostomisés. Leur slogan est HELP, c'est-à-dire aide, encouragement, éducation, participation, et comporte des activités de groupe, un véritable conditionnement.

Il serait simpliste de penser que l'intervention chirurgicale, acte concret appliqué avec une motivation précise est dépourvue d'incidences psychosomatiques.

C'est au contraire un des actes les plus riches d'effets psychiques en raison de son caractère symbolique, de l'agression qu'il représente envers le schéma corporel, des craintes qu'il suggère et aussi de l'emprise de l'équipe chirurgicale (chirurgien, anesthésiste, infirmière, etc...).

Les répercussions psychologiques de la chirurgie de la R.C.H. ne peuvent pas être les mêmes selon que l'on réalise une colectomie totale, avec anastomose immédiate au rectum, ou une colectomie totale avec iléostomie abdominale et fermeture du rectum, avec rétablissement différé de la continuité dans un 2ème temps, ou une procto-colectomie totale avec iléostomie définitive.

Il faut savoir tenir compte de l'inquiétude, de l'anxiété pré-opératoire qui peut être à l'origine de manifestations neuro-végétatives graves post-opératoires.

Si la R.C.H. est une maladie à caractère psychosomatique, il n'est pas prouvé cependant que tous les malades qui en sont atteints soient des psychosomatiques.

Aussi, si aucun trouble du caractère ne peut être mis en évidence, la chirurgie sera plus volontiers acceptée après avoir montré les avantages et les séquelles d'une éventuelle "coloprotectomie totale avec iléostomie définitive".

Ainsi, le terrain particulier sur lequel l'intervention va être pratiquée doit être pris en considération, en raison des réactions du système nerveux qui vont pouvoir se manifester soit au cours de l'anesthésie soit dans les suites opératoires.

Il est commode d'opposer sur le plan pratique les névrotiques et les psychotiques, ce, en milieu psychiatrique.

- Les névrotiques, avec leur labilité émotionnelle, leur sensibilité médicamenteuse fréquente, leur fragilité neuro-végétative, vont nécessiter une bonne préparation psychologique et médicale, une prémédication suffisante pour atténuer les réactions anxieuses, des entretiens systématiques avec le psychiatre ayant pour but d'aider le malade à comprendre son intervention et à l'assumer dans une optique constructive.

- Les psychotiques chez lesquels l'anxiété est en général masquée mais pour qui se posent souvent des problèmes biologiques en rapport soit avec leur syndrome psychotique lui-même, soit avec la médication neuroleptique qu'ils suivent parfois depuis de nombreux mois à doses importantes.

Les problèmes de l'anesthésie nécessitent un anesthésiste réanimateur initié aux problèmes psychiatriques et tenant compte des risques de potentialisation, en rapport avec les médications préexistantes, la fragilité capillaire et hépatique secondaire à l'administration prolongée de neuroleptiques. La prémédication des sujets âgés ou affaiblis intellectuellement demande à être dosée de façon parcimonieuse.

Les manifestations psychosomatiques post-opératoires sont également assez différentes selon qu'il s'agit de malades névrotiques ou psychotiques.

- Chez les névrotiques : il faudra traiter l'angoisse post-opératoire, l'agitation anxieuse risquant d'entraîner des désunions de suture ou l'arrachement de matériel (sonde, perfusions, etc...).

- Chez les psychotiques, les problèmes psychologiques

post-opératoires sont beaucoup moins aigus mais restent parfois préoccupants.

A côté des névrotiques et des psychotiques, il y a une énorme masse de malades qui ne sont ni l'un ni l'autre, les passages évolutifs de l'un à l'autre, les psychotiques par poussées qui sont normaux dans l'intervalle, les border line etc...

CONCLUSION

Nos observations viennent rejoindre les données d'une littérature médicale fort abondante.

Il n'est qu'une minorité d'auteurs pour nier l'intervention de facteurs psychosomatiques dans la R.C.H.

En pratique, il apparaît donc indiscutable que la structure psychologique des sujets atteints de R.C.H. les rend particulièrement vulnérables à toute une série de stimuli émotifs.

De ce fait, il apparaît nécessaire d'établir chez ces malades une psychoprophylaxie des rechutes, à la fois en leur évitant certaines tensions psychiques, en les aidant à supporter celles qui sont inévitables.

Ainsi, les interactions psychosomatiques restent la règle dans cette affection et il est impossible de ne pas en tenir compte dans une étude des mécanismes pathologiques aussi bien que dans l'exploration des possibilités thérapeutiques.

LE PRESIDENT
du jury de thèse

Le DOYEN
de la Faculté de Médecine

BIBLIOGRAPHIE

ALARY

Ethiopathogénie de la R.C.H. et purulente
In Cahiers Médicaux Lyonnais 1967 43, 31

BEL A.

Traitement médical de la R.C.H.
In Cahiers Médicaux Lyonnais 1967, 43, 31 pp 2963 - 2974

BERGOZ R.

L'aspect psychosomatique dans la R.C.H.
Med. et Hyg., 20 fev. 1963, 21 n° 583, 150 - 151

BEYTOUT A.

Influence des émotions et des troubles menstruels sur
l'évolution de certaines poussées de R.C.H. (à propos de
14 observations personnelles)
Thèse Bordeaux - 16 juil. 1948 n° 140

BERNIER JJ.

Le traitement médical de la R.C.H.
Actualités hépatogastro-entérologiques de l'hôtel-Dieu
1969 - A 258 - A 261

BERTRAND P. - LOMBARD - PLATET R. - MEYER P. - LEQUIN P. - PORTA JP

Les indications chirurgicales dans la R.C.H.
In Cahiers Médicaux Lyonnais 1967, 43, 31 pp 2955 - 2961

BONFILS S.

Données pathogéniques sur la R.C.U.H.
Actualités hépatogastro-entérologiques de l'Hôtel-Dieu 1969
A 191 - A 201

Revue médicale de la R.C.M.
Revue Médicale Lyonnaise 1967, 43, 31

Revue médicale de la R.C.M.
Revue Médicale Lyonnaise 1967, 43, 31

Revue psychosomatique dans la R.C.M.
Psych., 50 fév. 1966, 31 n° 582, 196 - 197

Revue des émotions et des troubles somatiques
Revue de certaines pathologies de la R.C.M. (à propos de
l'observation personnelle)
Revue - 16 juil. 1966 n° 140

Revue médicale de la R.C.M.
Revue hépatogastro-entérologique de l'hôpital
A 155 - A 161

Revue - LOMBARD - ELIOT R. - MEYER R. - LEBLANC R. - 1967
Revue chirurgicales dans la R.C.M.
Revue Médicale Lyonnaise 1967, 43, 31

Revue pathogéniques sur la R.C.M.
Revue hépatogastro-entérologique de l'hôpital
A 155 - A 161

BONFILS S. - de M'UZAN et CAULIN C.

Les interactions psychosomatiques dans la R.C.H. fréquence -
Intérêt théorique et pratique

B.M. Société Med. Hôp. Paris 1965 - 116, 1^o2, 201 - 208

BRETTE R.

La R.C.H.

In J. Med. Lyon - 1969, 20, 1156, pp 5663

BURGER A.J.

Problèmes psychosomatiques des colopathies

In Revue du praticien - 1967 n^o 31 p 4485 - 4488

BUCAILLE M.

Electrocoagulation du cerveau préfrontal pour le traitement
des ulcères gastriques et duodénaux et des R.C.H. rebelles.

Concours med. 27 av. 1957, n^o 17, 2013 - 2019

et Sem. Hôp. Paris 10 Fév. 1957 n^o 9, 507 - 521

CAILLE R. - LE CALVE G.

R.C.U.H. de l'enfant

In Journées Paris Ped. 1968 pp41 - 49 (20 ref)

CAIN J. - SARLES H. et BONNEL F.

Rectocolite hémorragique; étude psychosomatique

E.M.C. psychiatrie fasc. 37450 L 10 (5 - 1966)

CARASSO R.

Résultats et indications des interventions préfrontales dans
les R.C.H.

Vie méd. mai 1966, 47, 761 - 766

CATTAN R. et COLL

Indications et résultats des interventions préfrontales
dans les R.C.U.H.

Sem. Hôp. Paris 10 fev. 1957, 33, n^o 9, 507 - 521

CATTAN R.

Indications et résultats de l'électrocoagulation préfrontale dans la R.C.H.

Act. gastroentérol. belg. mai-Juin 1957, 20, n° 6-7, 515 - 522

COLDEFY J.M.

Psychologie appliquée à la chirurgie - 1 vol Flammarion
Ed. Paris 1963

COLDEFY J.M. et LAUNAY J.

Attitudes et conduites psychosomatiques en chirurgie
E.M.C. psychiatrie fasc. 37490 A10, 11 - 1968

CORTET P. et BONIN

Facteur psychique et psychothérapie dans la R.C.H.
J. Med. Lyon, 20 fev. 1959, n° 939, 177, 180

CRISMER R. - RAMIOUL H. et DREZE C.

Le traitement de la R.C.U.H. par la radiothérapie diencéphalique.

Actua gastro-enterol. belg. août-sept. 1961, 24, n° 8-9, 507-521

DEBRAY C. - PAOLAGGI J.

Traitement de la R.C.H.

In Thérapeutique médicale pratique - tome 2 - p 407 - 414

DEBUSSCHER J.

Psychothérapie de la colite ulcéreuse

Med. et Hyg. 1 fev. 1961, n° 488, 75 - 76

DENYSET F.

Infiltration splanchnique dans les hémorragies digestives massives en pratique chirurgicale - Thèse Paris 1967

DETRIE Ph.

Hémorragies digestives aiguës

Presse M. 1955, 63, 1957 - 1598

DUHAMEL J. - HOEFFEL J.C.

R.C.H. de l'enfant

In Vie Méd. mai 1966 - 47 pp 701-710

DUHAMEL J. - HOEFFEL J.C.

R.C.H. chez l'enfant

In Presse Med. 1969, 77, 41, pp 1411 - 1414

DUPUY R.

Réflexions à propos de l'examen psychologique de 17 cas de
R.C.H. typiques

B.M. Soc. Med. Hôp. Paris 1965 116, n° 2, 209 - 211

DUPUY - THIROLOIX

R.C.H. Feuilletts du praticien 1962, 220, pp 465 - 496

EMERIT J.

La rectocolite hémorragique

Med. Int. 1966, 1, 11 pp 613 - 626

ENGEL G.L.

Traits biologiques et psychologiques du malade atteint de
colite ulcéreuse.

Gastroenterology, fev. 1961, 40, n° 2, 313 - 322

ENGEL G.L.

Etudes sur la colite ulcéreuse. Les aspects psychologiques
et leurs implications dans le traitement.

Am. J. Dig. Av. 1958, 3, n° 4 - 315 - 337

FRUMUSAN P. et CARASSO R.

Indications et résultats de l'électrocoagulation préfrontale
dans la R.C.H.

B.M. Soc. Med. Hôp. Paris. 1965, 116 n° 2, 165 - 169

GIRARD M. - CHABANON R. - BEL A. - BOTHIER et MICHEL

Importance du facteur psychosomatique dans la R.C.H.

Arch. Mal. Aff. Dig. mars 1961, 50, n°3, 254 - 265

GROEN J. et VAN DER VALK J.M.

Aspects psychosomatiques de la colite ulcéreuse
Gastroenterologia, Congrès International de gastro-entéro-
logie, Londres - 18 - 21 juil. 1956 - 591 - 608.

GROEN J. - BASTIAANS J.

Personnalités et conflits émotionnels comme facteurs étio-
logiques de la colite ulcéreuse grave, Act. gastro-enterol.
belg. juil. août 1950 13 n° 718, 793 - 805

GROEN J. et VAN DER VALK J.M.

Aspects psychosomatiques de la colite ulcéreuse.
Practitioner nov 1956, 177, 572 - 584

HILLEMAND P. - VIGUIE R. et NALET J.

A propos du traitement de la R.C.H. par l'électrocoagulation
des fibres thalamo-corticales
B.M. Soc. Med. Hôp. Paris, 24 janv 1958, 74, n° 3-5, 109 - 110

HILLEMAND P.

La place de l'électrocoagulation des fibres thalamo-cortica-
les dans le traitement de la R.C.H.
In Act. Gastro-ent. de l'Hôtel Dieu - 1969 - A 276 - A 283

HILLEMAND B.

Manifestations digestives au cours des atteintes du S.N.C.
Thèse Paris 1955

LAIR J.

Place des butyrophénones dans le traitement de certaines
rectocolites hémorragiques
Thèse Paris, 1967, n° 695, 32 pages

LAMBLING A.

La situation nosologique de la R.C.U.H.
In Vie. Med. mai 1966, 47 pp 665 - 672

LE QUINTREC Y.

R.C.H.

In Revue Praticien 1967 31, pp 4381 - 4399

LODS J.C. - VALLIN J. et DUPUY R.

Le traitement des R.C.H. par certaines butyrophénones -
Halopéridol et Tripéridol

Arch. Mal. App. Dig. janv - fev. 1964 53 n° 1 - 2, 93 - 100

LOYGUE J. - MALAFOSSE M.

Indications et résultats du traitement chirurgical de
la R.C.U.H.

IN Vie Med. 1966, 47 pp 797 - 802

LOYGUE J. - MALAFOSSE M. - LA VAISSIERE G. de

R.C.U.H.

In feuillets du praticien 1967, 269, pp 315 - 323

M'UZAN M. de - BONFILS S. et LAMBLING A.

Caractères psychosomatiques des R.C.H.

Entretiens de Bichat (Médecine) 1957, 459 - 462

M'UZAN de - BONFILS S. et LAMBLING A.

Etude psychosomatique de 18 cas de R.C.H.

Sem. Hôp. Paris 28 mai 1958, n°15, 922 - 928

O'CONNOR J.F.

Aspects psychologiques de la R.C.H.

New State J. Med. 1968, 68 n° 8, 1055 - 1065

O'CONNOR J.F. et Coll.

Effets de la psychothérapie sur l'évolution de la colite
ulcéreuse

In Am. J. Psychiat. Fév. 1964, 120, n° 8, 738 - 742

PAOLAGGI J.

Problèmes thérapeutiques des R.C.H.

In Vie Médicale, 47 mai 1966 pp 753 - 758

PARQUET P. - J. et PARIS J.C.

Aspects neuropsychiques de la R.C.H.

Evol. méd. 1968, 12 n° 6, 725 - 731

PARTURIER - ALBOT M.

La R.C.U.H. et la colite ulcéreuse

Act. Hep. gastro-ent. Hôtel Dieu 1969

SOUPAULT R. - CATTAN R. et BUCAILLE M.

L'électrocoagulation du cerveau préfrontal dans le traitement de la R.C.U.H.

Mém. Acad. Chir. 31/10/1956 82, n° 27 - 28, 855 - 861

VALLA A. et MORIN P.

Les troubles psychosomatiques et psychofonctionnels en gastroentérologie

E.M.C. estomac, fasc. 9089, E 10, 9 - 1967

VARAY A. - PERIER E.

Les formes fulminantes et aiguës de R.C.H.

In Vie Med 1966, 47 pp 689 - 698

